

「月刊地域医学」購読申込書

購読の種類		購読料		希望号		希望部数		年 月 日 振込額	
年間定期購読	7,920円(税込) (660円×12か月)	[] 年 [] 月号から		[] 部	小計	[] 円			
		[] 年 [] 月号まで							
バックナンバー または 今後発行予定の 希望号の購読	1部660円(税込)	[]	年	[]	月号	[]	部	小計	[] 円
		[]	年	[]	月号	[]	部	小計	[] 円
		[]	年	[]	月号	[]	部	小計	[] 円
		[]	年	[]	月号	[]	部	小計	[] 円
		[]	年	[]	月号	[]	部	小計	[] 円
								送料	0 円
								合計	[] 円

お申込者様

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒		
法人の場合 ご担当者職・氏名			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス	@		
ご職種	医師 看護師 医療技術者 その他()		

ご送付先(お申込者様と違う場合のみご記入ください。)

フリガナ	
お名前	
ご住所	〒

通信欄

1. 太枠内に必要事項をご記入のうえ、FAXまたはメールにてお送りください。
2. バックナンバーをご希望の場合は、在庫を確認いたしますのでお問合せください。
3. 代金は下記口座にお振込ください。ご入金確認後に発送いたします。お振込手数料はご負担ください。
送料は当方が負担いたします。

【お振込先】りそな銀行 東京公務部 (普) 6104085

コウエキ シャダン ホウジン チイキ イリョウ シンコウ キョウカイ
公益社団法人地域医療振興協会

【お問合せ電話番号】03-5212-9152

【お申込みFAX番号】03-5211-0515

【メールアドレス】chiiki-igaku@jadecom.or.jp

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3都道府県会館15階
公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 研究所事務部